



**JOANA NADIA  
FERREIRA MOTA DE  
FIGUEIREDO**

**DISTRESS E RESILIÊNCIA EM IDOSOS INTERNADOS  
NOS CUIDADOS CONTINUADOS**



**JOANA NADIA  
FERREIRA MOTA DE  
FIGUEIREDO**

**DISTRESS E RESILIÊNCIA EM IDOSOS  
INTERNADOS NOS CUIDADOS CONTINUADOS**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho ao meu marido, Marco Venâncio, pelo seu incansável companheirismo e paciência durante o meu percurso académico. Sem o seu apoio não teria sido possível.

## **o júri**

presidente

**Doutora Sara Otília Marques Monteiro**  
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

**Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves**  
Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

**Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira**  
Professora Associada com Agregação, Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

À Professora Doutora Anabela Pereira, minha orientadora, pela disponibilidade, apoio, compreensão e palavras de incentivo durante este árduo processo

À Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Ílhavo, todos os seus utentes e colaboradores, pela autorização da realização de recolha de dados, e pelo carinho com que me acolheram

À Unidade de Cuidados Continuados Egas Moniz, todos os seus utentes e colaboradores, pela autorização da realização de recolha de dados

A todos os Professores e colegas que me acompanharam neste percurso académico

## palavras-chave

*Distress*, resiliência, *mindfulness*, *coping*, idosos, cuidados continuados.

## resumo

Com a população portuguesa cada vez mais envelhecida e com necessidade de cuidados mais especializados na reta final da vida, há que encontrar estratégias para enfrentar essa nova realidade. O *coping* resiliente e o *mindfulness* são tidos como fatores protetores para um envelhecimento com níveis mais baixos de *distress* psicológico.

Com este estudo deseja-se caracterizar uma população prevalentemente idosa, internada nos Cuidados Continuados nas dimensões de *distress* psicológico e resiliência. A amostra foi constituída por 45 participantes de ambos os géneros, 24 do feminino e 21 do masculino, com idades compreendidas entre 40 e 90 anos e internados em 2 Unidades de Cuidados Continuados na zona centro do país.

Os instrumentos de avaliação usados foram: Escala Breve de Coping Resiliente (EBCR), Escala de *Distress* Psicológico de Kessler (K10) e Philadelphia Mindfulness Scale (PHMLS).

Os resultados mostraram que a resiliência, o *distress* e o *mindfulness* estão estritamente correlacionados. Quanto maior a resiliência, e os níveis de aceitação e consciência dos indivíduos, menor é o seu nível de *distress* psicológico. São referidos os contributos deste estudo para a prática clínica, especificamente para a intervenção e promoção da saúde mental e bem-estar dos idosos em contextos de cuidados continuados.

**keywords**

Distress, resilience, mindfulness, coping, elderly, continued care.

**abstract**

With the Portuguese population increasingly aging and in need of more specialized care in the final stretch of life, strategies must be found to face this new reality. Resilient coping and mindfulness are taken as protective factors for an aging with lower levels of psychological distress.

With this study we wish to characterize a predominantly elderly population hospitalized in Continuing Care in the dimensions of psychological distress and resilience. The sample consisted of 45 participants of both genders, 24 female and 21 male, aged between 40 and 90 years and hospitalized in 2 units of continuous care in the central zone of the country.

The evaluation instruments used were: Brief Resilient Coping Scale (EBCR), Kessler Psychological Distress Scale (K10) and Philadelphia Mindfulness Scale (PHMLS).

The results have shown that resilience, distress and mindfulness are closely correlated. The higher the resilience, and the levels of acceptance and awareness of individuals, the lower their level of psychological distress. The contributions of this study to the clinical practice, specifically for the intervention and promotion of the mental health and well being of the elderly in contexts of continued care are mentioned.

## Índice

Introdução.....	1
Metodologia .....	6
Participantes .....	6
Instrumentos.....	7
Procedimentos.....	9
Análise de dados .....	10
Resultados .....	10
Discussão.....	14
Referências bibliográficas .....	18
Anexos.....	23

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1.</b> Dados Sociodemográficos.....	7
<b>Tabela 2.</b> Análise das escalas .....	11
<b>Tabela 3.</b> Relação entre variáveis (Correlações de Pearson).....	12
<b>Tabela 4.</b> Análise de diferenças entre sexos.....	13
<b>Tabela 5.</b> Análise de diferenças entre tipologias de internamento.....	14



## **Introdução**

O envelhecimento da população, a modificação do equilíbrio coletivo e as transformações que decorrem na nossa sociedade, determinam carências para alguns grupos de indivíduos, dos quais destacamos os idosos e as pessoas portadoras de doença crónica, levando assim este fenómeno a uma crescente necessidade de prestação de cuidados continuados, que têm como finalidade disponibilizar apoio técnico e especializado alicerçados numa perspetiva humanizada do doente. Para responder a essa necessidade foi criada em Portugal a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que representa um processo reformador desenvolvido por dois setores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social, tendo sido criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)). A RNCCI tem como missão dar resposta ao conjunto de pressupostos internacionais definidos para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados, e que são: a necessidade de diminuir internamentos desnecessários e o recurso às urgências por falta de acompanhamento continuado; a redução do reinternamento hospitalar ou internamento de convalescença dos idosos; a redução do número de altas hospitalares tardias (e.g. acima da média de internamento definida); o aumento da capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social ao nível da reabilitação integral e promoção da autonomia; a disponibilização de melhores serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica; a disponibilização de melhores serviços de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar; a flexibilização da organização e do planeamento dos recursos numa base de sistema local de saúde, através da identificação, pormenorizada, das necessidades de cuidados da população, a nível regional; a maior eficiência das respostas de cuidados agudos hospitalares (RNCCI). Nas Unidades de Cuidados Continuados verifica-se uma prevalência de população de idade avançada com diagnósticos de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), a demências dos mais variados tipos: Demência de Alzheimer (DA), Défice Cognitivo Ligeiro (DCL), Demência Vascular (DV), e necessidade de Medicina Física e de Reabilitação.

Logo estes idosos experimentam mudanças profundas e enfrentam desafios importantes, incluindo novas incapacidades quer físicas quer cognitivas, adaptação a novas condições de vida, para além das outras mudanças comuns a toda a população de idade avançada tais como: diversas modificações nos seus papéis sociais e familiares, reforma e morte de entes queridos (amigos e familiares). Essas experiências podem aumentar seus níveis de *stress* e levar a uma diminuição dos recursos que os indivíduos sentem que têm para lidar com suas vidas diárias (Sachs-Ericsson et al., 2014). A condição de saúde física e mental dos idosos é uma questão central, e há um reconhecimento compartilhado da importância desse aspeto aos níveis médico, público e social; tornando-se assim o envelhecimento ativo e saudável um tema de estudo e debate com vista a identificar, projetar e implementar estratégias apropriadas para atender às necessidades crescentes da população idosa (Djukanovic et al., 2015).

Analisando a literatura científica, parece que pouco se conhece sobre os recursos que contribuem para a resiliência e bem-estar em idosos, pois a pesquisa tem-se focado mais nas fragilidades ou disfunções em idosos do que em seus pontos fortes (Fry e Debats, 2010). No contexto da psicologia geriátrica e no estudo da percepção dos idosos, está cada vez mais claro que os recursos internos e externos dos indivíduos estão intrinsecamente ligados, e que ambos os aspetos contribuem sinergicamente para o bem-estar físico e psicológico (Fry e Debats, 2010).

Na idade avançada os baixos níveis de recursos psicológicos estão associados ao declínio funcional (Ormel et al., 1997), como por exemplo se verificou no estudo sobre comportamentos instrumentais de idosos residentes na comunidade, Kempen et al. (1999), em que se concluiu que indivíduos mais velhos com menos recursos psicológicos estão particularmente em risco de desenvolver incapacidades. Esses recursos podem incluir estratégias de *coping*, as quais variam muito dependendo dos indivíduos, enquanto alguns são incapazes de lidar com o menor problema, outros parecem lidar até com as situações mais difíceis com extrema facilidade e competência, mas para a maioria, suas respostas de *coping* situam-se entre esses dois extremos. O *coping* tem sido definido por alguns como um processo multidimensional que envolve esforços cognitivos, comportamentais e emocionais para lidar com eventos stressores que criam novas exigências sobre o indivíduo (Carver & Scheier, 1994; Folkman, 1984; Folkman & Lazarus, 1980, 1985; Parker, 1994). No passado, o modelo conceitual dominante na pesquisa focalizou a eficácia do *coping* como manifesto na redução do sofrimento. Por exemplo, o *coping* proativo é conceitualizado mais amplamente como uma

abordagem à vida na qual os esforços de um indivíduo são orientados para metas, e onde novas exigências e situações diferentes são vistas mais como desafios do que como stressores (Greenglass, 2002; Schwarzer & Taubert, 2002). A perspectiva pró-ativa pode ser melhor descrita por Zea & Tyler (1996) como "um estilo geral ou orientação que permeia a forma como um indivíduo aborda atividades de vida facilitando resultados positivos" (p. 331). Na medida em que os indivíduos compensam, eliminam, reduzem ou modificam "eventos stressantes", o *coping* proativo pode melhorar a qualidade de vida de uma pessoa. As habilidades que caracterizam esse comportamento podem incluir planejamento, estabelecimento de metas, organização e simulação mental (Aspinwall & Taylor, 1997).

Estudos longitudinais sustentam a visão de que os traços de resiliência, como a autoeficácia, são protetores no estágio posterior da vida (Smith-Osborne e Felderho, 2016) e que essas crenças estão ligadas à resistência ao *stress* face a pequenas angústias, como por exemplo, a ansiedade e a solidão (Fry e Debats, 2010). Conforme apontado por Bonanno (2004), a resiliência é configurada como uma resposta comum a perdas e condições de *stress* severo durante o ciclo de vida. No que diz respeito à capacidade das pessoas para lidar com condições adversas ao longo da vida, o construto de resiliência aumenta progressivamente em relação à qualidade de vida em idosos (Fry e Keyes, 2010) e, mais recentemente é sugerido que o construto de resiliência é útil para a compreensão da saúde em idosos (Stephens et al., 2015).

A American Psychological Association (2011) define a resiliência como um processo de adaptação bem-sucedido em resposta a experiências ameaçadoras adversas, stressantes ou traumáticas, ou a capacidade de recuperar de condições de vida difíceis. É algo intrínseco apesar da adversidade (Hildon et al., 2009), e onde, no caso dos idosos, a “adversidade” pode ser considerada como o aumento das condições desfavoráveis que afetam a personalidade, das desigualdades, das deficiências e dos desafios gerais do envelhecimento (Stephens et al., 2015).

Wild et al. (2013) afirmou que a resiliência é uma componente chave no envelhecimento bem-sucedido, e que as diferentes gerações não diferem em sua capacidade de serem resilientes, mas MacLeod et al. (2016) afirmou que a resiliência pode suportar a longevidade. Além disso, a alta resiliência na terceira idade tem sido associada a resultados positivos de saúde. De acordo com a literatura científica internacional, é possível identificar os seguintes desfechos: redução da vulnerabilidade à sintomatologia depressiva e riscos de mortalidade; melhores auto percepções do envelhecimento com sucesso; e aumento dos níveis de qualidade de vida, saúde mental e bem-estar; assim como comportamentos de estilo de vida melhorados, importantes no

tratamento da ansiedade e depressão (Gerino et al., 2017). Estudando a capacidade de saborear experiências de vida positivas no contexto de satisfação com a vida das pessoas mais velhas, Smith e HollingerSmith (2015) confirmaram que as pessoas com níveis mais baixos de resiliência tendem a relatar maior depressão. Finalmente, a resiliência parece ser um fator de proteção para os sintomas de depressão no caso das relações conjugais com pessoas que sofrem de demência (O'Dwyer et al., 2013). No entanto, a resiliência e *coping* não são sinónimos, ainda que sejam dois conceitos que se cruzam um mais abrangente e outro mais específico a um determinado momento. Entre o *coping* propriamente dito e o *coping* resiliente a principal distinção é que o *coping* resiliente possui a capacidade de promover uma adaptação positiva apesar dos elevados níveis de *stress* (Sinclair & Wallston, 2004).

Na teoria *stress* e *coping*, Lazarus e Folkman (1984) define *stress* como um processo transacional entre a pessoa e o meio ambiente, no qual o indivíduo avalia o *stress* experienciado, e as estratégias adotadas para lidar com o desencadeador de *stress*. Durante situações stressantes, a mente e o corpo do indivíduo instintivamente ativam a resposta de luta ou fuga num esforço para diminuir ameaça, dano ou perda. Essa resposta ao *stress* ativa uma matriz fisiológica e psicológica de reações que incluem o aumento da frequência cardíaca, tensão arterial e respiração. Além disso, o raciocínio e a visão reduzem drasticamente e se concentram no desencadeador de *stress* (Kok, Catalino, & Fredrickson, 2008). Estas reações que são evolutivamente adaptativas tem como objetivo a sobrevivência, particularmente durante situações ameaçadoras e stressantes (Fredrickson, 2001). Embora a resposta de luta ou fuga possa ser benéfica para situações reais de risco, a longo prazo e sua exposição crônica é prejudicial à saúde. Quando indivíduos estão expostos a formas duradouras de *stress* as reações fisiológicas e psicológicas da resposta de luta ou fuga são igualmente mantidas ao longo do tempo. Este estado elevado e duradouro de *stress* além de diminuir a homeostase, aumenta os riscos para uma série de problemas de saúde incluindo doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes, ansiedade e depressão (Gloria & Steinhardt, 2016). A estes níveis elevados e disfuncionais de *stress* atribui-se o nome de *distress*, sendo que na sua forma básica, o *stress* é dividido em duas categorias: *eustress* e *distress*. O *eustress* é também conhecido como *stress* positivo ou bom. "Eu" vem da palavra grega para "bom" (Seyle, 1980), porque nessa situação o *stress* é como uma reação, e o stressor é associado cognitivamente pelo indivíduo como positivo ou desafiador, enquanto no *distress* o indivíduo não se consegue adaptar aos stressores advindo assim consequências emocionais, psicológicas e físicas adversas para o mesmo.

Nos últimos anos tem-se desenvolvido a introdução do *mindfulness* em protocolos de tratamento de várias perturbações psicológicas com o objetivo de intervir em processos mentais que contribuem para a perturbação emocional, para o comportamento mal adaptativo e redução de *stress* (Bishop et al., 2004). O termo *mindfulness* é a tradução para inglês do termo “Sati” em Pali. Significa recordar (ter presente o que acontece), reconhecimento, consciência, intencionalidade da mente, mente vigilante, atenção plena, alerta, mente lúcida, autodetecção da consciência e a autoconsciência. O conceito é aparentemente simples, mas a sua descrição e caracterização não reúne consenso entre os vários investigadores (Bishop et al., 2004). É tratado como uma técnica, um método, um processo psicológico ou como o próprio resultado de um processo psicológico, pelo que os princípios que unem estas diferentes perspetivas de investigação permanecem pouco esclarecidos (Hayes, & Wilson, 2003). A ausência de uma definição operacional do *mindfulness* tem como principal consequência a elevada ambiguidade em torno deste tema e a falta de consenso entre investigadores tem dificultado a determinação dos ingredientes ativos do *mindfulness* e dos seus mecanismos de mudança (Dimidjian, & Linehan, 2003). Bishop e colaboradores (2004) propõem dois componentes principais: a autorregulação da atenção, mantida na experiência do momento presente de modo a permitir um melhor reconhecimento e identificação dos eventos mentais que ocorrem no presente, e a orientação para a experiência do momento presente, caracterizada pela curiosidade, abertura à experiência e aceitação. Enquanto que Kabat-Zinn (2011) concebe o *mindfulness* como uma forma especial de compreender a relação das coisas (dos fenómenos, do que acontece, do que surge, etc.) com o sofrimento e a natureza da mente, não circunscrevendo a uma perspetiva terapêutica, resulta, antes, do cultivar de um modo de ser que tem tudo a ver “com o despertar, a compaixão e a sabedoria”, qualidades que se reconhecem como universais no ser humano. A essa forma especial de compreensão é dado o termo sânscrito de dharma que se reporta ao que sustenta, que mantém e que está intimamente ligado a uma compreensão profunda dos fenómenos da vida, em termos de direção universal e pessoal. Assim, aproxima-se, de certa forma, da perceção da essência das coisas, da verdade (Kabat-Zinn, 1990; Williams & Kabat-Zinn, 2013).

Os resultados das investigações que tomam como objeto de estudo o *mindfulness* na idade adulta avançada, à semelhança do que tem ocorrido em etapas anteriores do desenvolvimento, revelam o seu elevado potencial para aumentar o bem-estar das pessoas idosas e melhorar a sua capacidade de lidar com o sofrimento, as dificuldades e as doenças (Moynihan et al., 2013). O *mindfulness* tem um enorme potencial para ajudar as pessoas a

desenvolver uma compreensão profunda sobre a íntima ligação entre mente e corpo, bem como para enveredarem por um modo de vida equilibrado, baseado em captar o ‘pulsar’ da vida com mais profundidade e autenticidade. É neste sentido que o dharma é proposto como “um caminho valioso e significativo para uma vida bem vivida, uma vida de devoção ao potencial do despertar e do aliviar o sofrimento” (Kabat-Zinn, 2011, p. 286).

A literatura sugere-nos então a existência de uma correlação entre *distress* psicológico e *coping* resiliente, assim como, entre o *distress* e *mindfulness*, no entanto, verificou-se o número reduzido de estudos com indivíduos internados em Unidades de Cuidados Continuados.

O objetivo principal deste estudo é a caracterização de indivíduos internados em Unidades de Cuidados Continuados nas suas estratégias para lidar com situações vivenciadas.

Tendo como objetivos secundários:

Identificar índices de *distress* psicológico em indivíduos internados em unidades de cuidados continuados.

Identificar índices de *coping* resiliente em indivíduos internados em unidades de cuidados continuados.

Caraterizar índices de *mindfulness* em indivíduos internados em unidades de cuidados continuados.

Analisar as relações entre *coping* resiliente e *distress* psicológico.

Conhecer as relações entre *distress* psicológico e *mindfulness*.

## **Metodologia**

### *Participantes*

Este estudo foi realizado com 45 participantes, sendo os mesmos utentes internados na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Ílhavo e na Unidade de Cuidados Continuados Egas Moniz, nas duas tipologias de internamento existentes: Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDR).

Dos 45 participantes 21 eram do sexo feminino (46,7%) e 24 do sexo masculino (53,3%), e com idades compreendidas entre os 40 anos e os 90 anos, com média igual a 72,82

anos (DP=11,594). A tipologia de internamento dividiu-se em 24 participantes (53,3%) em Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e 21 participantes (46,7%) em Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDR). No que diz respeito à escolaridade dos participantes a maioria (46,7%), 21 indivíduos tem o ensino primário, 7 participantes (15,6%) são iletrados, 5 participantes (11,1%) com o 2º ciclo, 6 participantes (13,3%) concluiu o ensino secundário e 6 participantes (13,3%) tem curso tecnológico ou superior. Dos 45 participantes 6 (13,3%) são solteiros, 18 (40%) casados, 10 (22,2%) separados ou divorciados e 11 (24,4%) viúvos. No que concerne às crenças religiosas a maioria (86,7%), 39 participantes são católicos, 5 participantes (11,1%) ateus e 1 participante (2,2%) muçulmano.

Tabela 1. Dados Sociodemográficos

		M (DP)
Idade		72.82 (11.594)
		n (%)
Sexo	Feminino	21 (46.7%)
	Masculino	24 (53.3%)
Tipologia de internamento	UMDR*	24 (53.3%)
	ULDR*	21 (46.7%)
Grau Académico	Sem escolaridade	7 (15.6%)
	Ensino primário	21 (46.7%)
	1º e 2º ciclos	5 (11.1%)
	Ensino secundário	6 (13.3%)
	Ensino tecnológico/ superior	6 (13.3%)
Estado Civil	Solteiro	6 (13.3%)
	Casado/ união de facto	18 (40%)
	Separado/ divorciado	10 (22.2%)
	Viúvo	11 (24.4%)
Crença religiosa	Católico	39 (86.7%)
	Ateu	5 (11.1%)
	Muçulmano	1 (2.2%)

\*UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação \*ULDR- Unidade de Longa Duração e Manutenção

### *Instrumentos*

Os instrumentos usados no presente estudo foram: Escala Breve de Coping Resiliente (EBCR), Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10) e Philadelphia Mindfulness Scale (PHMLS).

### Escala Breve de Coping Resiliente (EBCR)

A EBCR é um instrumento que inclui quatro itens que, segundo os autores, operacionalizam o construto de *coping* resiliente. Deste instrumento emergem temáticas tais como, o otimismo, a perseverança, a criatividade e o crescimento positivo face às adversidades. Os itens descrevem um padrão ativo de resolução de problemas que reflete o padrão de *coping* resiliente. É uma escala de autorresposta, unidimensional, constituída por quatro itens que visam perceber a capacidade para lidar com o *stress* de uma forma adaptativa. A resposta aos itens é dada numa escala ordinal, em formato de Likert, de cinco posições: 5-Quase sempre, 4-Com muita frequência, 3-Muitas vezes, 2-Ocasionalmente, 1-Quase nunca. A nota de capacidade para lidar com o *stress* de uma forma adaptativa varia entre 4 e 20. Não existem itens com cotação invertida. Segundo os autores da escala original consideram-se com baixa resiliência os sujeitos com uma pontuação inferior a 13 e os com resiliência forte, cuja pontuação seria superior a 17 (Ribeiro & Morais, 2010). A versão original da escala apresenta um Alpha de Cronbach de 0.68, e no presente estudo, a escala apresenta Alpha de Cronbach de 0.78.

### Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10)

A K10 é um instrumento composto por 10 itens e é apresentado como uma medida válida para avaliar o *distress* psicológico. É uma escala de itens que avalia a frequência de sintomas de desconforto psicológico não específicos durante a últimos 30 dias. Esta medida de autorrelato é baseada em questões sobre sintomatologia relacionada com ansiedade e depressão. A resposta aos itens é dada numa escala ordinal, em formato de Likert, de cinco posições: 5-Todos os dias, 4-A maior parte dos dias, 3-Alguns dias, 2-Poucos dias, 1-Nenhum dia, variando os resultados totais de 10 a 50 e não existindo itens com cotação invertida. Os resultados mais altos em K10 indicam níveis mais altos de *distress*. As seguintes pontuações de corte foram sugeridas por Andrews e Slade (2001) para estimar o impacto psicológico ao nível do *distress*: 10 a 15 pontos "baixo", 16 a 21 pontos "moderado", 22 a 29 pontos "alto" e 30 a 50 pontos "muito alto". Os indivíduos com uma pontuação total superior a 22 correm o risco de ter uma perturbação mental. A escala K10 foi traduzida para o português por dois pesquisadores e de volta traduzido para o inglês por dois indivíduos bilíngues que não viram a versão original. Um grupo de discussão composto por tradutores e pesquisadores comparou a versão traduzida com



a versão original. Foi obtido um consenso lexical e cultural. Os dados obtidos indicaram que a versão Portuguesa do K10 (Pereira et al., 2017) é uma ferramenta confiável com uma estrutura fatorial para avaliar sintomas não específicos de *distress*. A versão Portuguesa da escala apresenta um Alpha de Cronbach de 0.91, e no presente estudo, a escala apresenta Alpha de Cronbach de 0.83.

#### Philadelphia Mindfulness Scale (PHMLS)

A PHMLS é um instrumento de 20 itens que permite medir dois componentes do *mindfulness*, sendo eles a consciência e a aceitação. É uma escala de autorrelato em que a resposta aos itens é dada numa escala ordinal, em formato de Likert, de cinco posições: 5-Quase sempre, 4-Muitas Vezes, 3-Algumas Vezes, 2-Raramente, 1-Nunca, e não existindo itens com cotação invertida. Nesta escala os valores mais elevados correspondem a uma maior capacidade de os participantes se focarem no momento presente. A versão Portuguesa da escala (Teixeira et al., 2017) apresenta Alpha de Cronbach de 0.77 para a subescala consciencialização e 0.85 para a subescala de aceitação. No presente estudo, a escala apresenta Alpha de Cronbach de 0.82 para a subescala consciencialização e 0.70 para a subescala de aceitação.

#### *Procedimentos*

Primeiramente foi enviado à Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Ílhavo e à Unidade de Cuidados Continuados Egas Moniz, o pedido formal de autorização de recolha de dados nas instituições.

Os participantes participaram no estudo de forma voluntária, sendo que foram garantidos os valores de confidencialidade, e não receberam nenhuma compensação monetária e em que todos os procedimentos éticos e deontológicos foram tidos em consideração para a aplicação das escalas. No presente estudo, a aplicação dos instrumentos foi maioritariamente realizada pelo investigador que lia as instruções de cada questionário e assinalava a resposta dada pelo idoso, devido às dificuldades quer de leitura quer de escrita apresentadas pela maioria dos participantes. O contacto com os mesmos foi feito com descrição, num ambiente confortável e com privacidade.

Inicialmente, os participantes responderam a um breve questionário, indicando a idade, o sexo, a tipologia e duração do seu internamento, o estado civil, o seu grau de escolaridade, crença religiosa e importância da espiritualidade. Seguidamente eram aplicados os instrumentos pela ordem: Escala Breve de Coping Resiliente (EBCR), Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10) e Philadelphia Mindfulness Scale (PHMLS).

### *Análise de dados*

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics 24. Foram efetuadas estatísticas descritivas para as variáveis sociodemográficas, testou-se a normalidade das variáveis, seguindo-se a análise de correlações, através do coeficiente de Pearson, das variáveis em estudo, EBCR, K10 e PHLMS. Foram realizados teste T para analisar as diferenças de género e de tipologia de internamento com as variáveis medidas.

## **Resultados**

As análises das escalas utilizadas no estudo indicaram com base na sua cotação que:

A média obtida através do instrumento EBCR situa-se em 14.93 pontos (DP=3.658), que indica que os indivíduos nem se situam com baixa resiliência, pontuação inferior a 13 nem com resiliência forte, cuja pontuação seria superior a 17.

A média obtida através do instrumento K10 situa-se em 20.57 pontos (DP=7.014), que indica que o impacto psicológico ao nível do *distress* é moderado porque está entre 16 a 21 pontos, e também não correm o risco elevado de ter uma perturbação mental, já que não tem uma pontuação total superior a 22.

A média na subescala consciencialização obtida através do instrumento PHLMS situa-se em 40.55 pontos (DP=6.066), sendo que valor mínimo possível é de 10 pontos e o valor máximo possível é de 50 pontos. Logo os indivíduos apresentaram valores altos de consciencialização.

A média na subescala aceitação obtida através do instrumento PHLMS situa-se em 35.84 pontos (DP=5.908), sendo que valor mínimo possível é de 10 pontos e o valor máximo

possível é de 50 pontos. Logo os indivíduos apresentaram valores moderadamente altos de aceitação.

Tabela 2. Análise das escalas

	M (média)	DP (desvio padrão)	$\alpha$ (Alpha de Cronbach)	s <sup>2</sup> (variância)	mínimo	máximo
EBCR*	14.93	3.658	0.77	13.382	7	20
K10*	20.57	7.014	0.83	49.204	11	41
PHMLS* Aceitação	40.55	6.066	0.82	36.798	27	50
PHMLS* Consciencialização	35.84	5.908	0.70	34.907	20	49

EBCR- Escala Breve de Coping Resiliente, K10- Escala de Distress Psicológico de Kessler, PHMLS- Philadelphia Mindfulness Scale

A análise das correlações existentes entre as variáveis indicadas no estudo, nomeadamente as escalas EBCR, K10 e PHMLS, demonstrou a existência de valores estatisticamente significativos, com correlações negativas e positivas.

Os valores totais da escala EBCR apresentam correlações negativas com os valores totais da escala K10,  $r = -0.595$ , 95% BCa  $[-0.773, -0.316]$ ,  $p < 0.01$ ; indicando que quanto maior são os valores relativos ao *coping* resiliente menor o *distress* psicológico.

Os valores totais da escala K10 apresentam correlações negativas com os valores da subescala aceitação da PHMLS,  $r = -0.602$ , 95% BCa  $[-0.751, -0.374]$ ,  $p < 0.01$ ; indicando que quanto maior o *distress* psicológico menor o nível no componente da atenção plena aceitação.

Os valores totais da escala K10 apresentam correlações negativas com os valores da subescala consciencialização da PHMLS,  $r = -0.320$ , 95% BCa  $[-0.569, 0.016]$ ,  $p < 0.05$ ; indicando que quanto maior o *distress* psicológico menor o nível no componente da atenção plena consciência.

Os valores totais da escala EBCR apresentam correlações positivas com os valores da subescala aceitação da PHMLS,  $r = 0.617$ , 95% BCa  $[0.358, 0.799]$ ,  $p < 0.01$ ; indicando que quanto maior são os valores relativos ao *coping* resiliente maior o nível no componente da atenção plena aceitação.

Os valores totais da escala EBCR apresentam correlações positivas com os valores da subescala consciencialização da PHMLS,  $r = 0.400$ , 95% BCa  $[0.114, 0.645]$ ,  $p < 0.01$ ; indicando

que quanto maior são os valores relativos ao *coping* resiliente maior o nível no componente da atenção plena consciência.

Os valores da subescala aceitação da PHLMS apresentam correlações positivas com os valores da subescala consciencialização da PHLMS,  $r=0.686$ , 95% BCa [0.497, 0.813],  $p<0.01$ ; indicando que quando existe um aumento no componente da atenção plena aceitação também existe um aumento no componente da atenção plena consciência, bem como o oposto também acontece.

**Tabela 3.** Relação entre variáveis (Correlações de Pearson)

	K10	PHMLS Aceitação	PHMLS Consciencialização
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
EBCR	-0.595**	0.617**	0.400**
K10	1	-0.602**	-0.320*
PHMLS Aceitação		1	0.686**
PHMLS Consciencialização			1

*Nota.*  $N=45$ . \* $p<0.05$ . \*\* $p<0.01$ . EBCR- Escala Breve de Coping Resiliente, K10- Escala de Distress Psicológico de Kessler, PHLMS- Philadelphia Mindfulness Scale

Analisou-se a interferência do sexo dos participantes nas variáveis em estudo.

Em média, na cotação da escala EBCR o sexo masculino apresentou um resultado mais elevado ( $M=15.619$ ,  $DP=0.763$ ) do que o sexo feminino ( $M=15.208$ ,  $DP=0.791$ ). Esta diferença, Bca95%CI [-2.811, 1.633], não se revelou estatisticamente significativa,  $t(43) = -0.535$ ,  $p=0.596$ .

Em média, na cotação da escala K10 o sexo feminino apresentou um resultado mais elevado ( $M=21.904$ ,  $DP=1.826$ ) do que o sexo masculino ( $M=19.416$ ,  $DP=1.121$ ). Esta diferença, Bca95%CI [-1.718, 6.694], não se revelou estatisticamente significativa,  $t(43) = -1.193$ ,  $p=0.240$ .

Em média, na cotação da subescala aceitação da PHLMS o sexo masculino apresentou um resultado mais elevado ( $M=41.250$ ,  $DP=0.985$ ) do que o sexo feminino ( $M=39.761$ ,  $DP=1.587$ ). Esta diferença, Bca95%CI [-5.157, 2.181], não se revelou estatisticamente significativa,  $t(43) = -0.818$ ,  $p=0.418$ .

Em média, na cotação da subescala consciencialização da PHLMS o sexo masculino apresentou um resultado mais elevado ( $M=35.916$ ,  $DP=1.117$ ) do que o sexo feminino ( $M=35.761$ ,  $DP=1.419$ ). Esta diferença, Bca95%CI [-3.755, 3.446], não se revelou estatisticamente significativa,  $t(43) = -0.087$ ,  $p=0.931$ .

Logo, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino em todos os resultados obtidos na análise das variáveis.

Tabela 4. Análise de diferenças entre sexos

	Sexo feminino M (DP)	Sexo masculino M (DP)	Teste t	gl	Sig. bilateral
EBCR*	14.619 (0.791)	15.208 (0.763)	-0.535	43	0.596
K10*	21.904 (1.826)	19.416 (1.121)	1.193	43	0.240
PHMLS* Aceitação	39.761 (1.587)	41.250 (0.985)	-0.818	43	0.418
PHMLS* Consciencialização	35.761 (1.419)	35.916 (1.117)	-0.086	43	0.931

*EBCR*- Escala Breve de Coping Resiliente, *K10*- Escala de Distress Psicológico de Kessler, PHLMS-Philadelphia Mindfulness

Finalmente, analisou-se a interferência da tipologia de internamento, Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDR), dos participantes nas variáveis em estudo.

Em média, na cotação da escala EBCR os participantes internados na UMDR apresentaram um resultado mais elevado ( $M=15.291$ ,  $DP=0.735$ ) do que os participantes internados na ULDR ( $M=14.523$ ,  $DP=0.821$ ). Esta diferença, Bca95%CI [-1.1449, 2.985], não se revelou estatisticamente significativa,  $t(43) = 0.698$ ,  $p=0.489$ .

Em média, na cotação da escala K10 os participantes internados na ULDR apresentaram um resultado mais elevado ( $M=20.857$ ,  $DP=1.721$ ) do que os participantes internados na UMDR ( $M=20.333$ ,  $DP=1.289$ ). Esta diferença, Bca95%CI [-4.796, 3.749], não se revelou estatisticamente significativa,  $t(43) = -0.247$ ,  $p=0.806$ .

Em média, na cotação da subescala aceitação da PHLMS os participantes internados na UMDR apresentaram um resultado mais elevado ( $M=40.916$ ,  $DP=1.076$ ) do que os participantes internados na ULDR ( $M=40.142$ ,  $DP=1.521$ ). Esta diferença, Bca95%CI [-2.916, 4.463], não se revelou estatisticamente significativa,  $t(43) = 0.423$ ,  $p=0.674$ .

Em média, na cotação da subescala consciencialização da PHLMS os participantes internados na UMDR apresentaram um resultado mais elevado ( $M=37.791$ ,  $DP=1.130$ ) do que os participantes internados na ULDR ( $M=33.619$ ,  $DP=1.229$ ). Esta diferença, Bca95%CI [0.807, 7.537], revelou-se estatisticamente significativa,  $t(43) = 2.501$ ,  $p=0.016$ , com efeito moderado  $r=0.47$ .

Logo, não existem diferenças estatisticamente significativas entre a tipologia de internamento dos participantes, Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDR), nos resultados obtidos na análise das variáveis, com exceção da subescala consciencialização da PHLMS.

Tabela 5. Análise de diferenças entre tipologias de internamento

	UMDR* M (DP)	ULDR* M (DP)	Teste t	gl	Sig. bilateral
EBCR	15.291 (0.735)	14.523 (0.821)	0.698	43	0.489
K10	20.333 (1.289)	20.857 (1.721)	-0.218	43	0.806
PHMLS Aceitação	40.916 (1.076)	40.142 (1.521)	0.423	43	0.674
PHMLS Consciencialização	37.791 (1.130)	33.619 (1.229)	2.501	43	0.016

\*UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação \*ULDR- Unidade de Longa Duração e Manutenção

## Discussão

O objetivo do presente estudo foi a caracterização de indivíduos internados em Unidades de Cuidados Continuados nas suas estratégias para lidar com situações vivenciadas.

Os resultados demostram-nos que não existiram diferenças entre os indivíduos internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação e na Unidade de Longa Duração e Manutenção, com exceção da subescala consciencialização da PHLMS em que os indivíduos

internados na UMDR cotam valores superiores aos indivíduos internados na ULDM, insinuando que o maior tempo de internamento leva a um menor nível de consciencialização. Em relação ao sexo dos indivíduos, não existem diferenças significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino, sugerindo assim que o contexto de vida e os problemas quer físicos quer psicológicos tem um maior impacto no perfil do indivíduo do que o seu sexo ou a tipologia de internamento a que está sujeito.

Verificou-se que a população internada nas Unidades de Cuidados Continuados regista uma idade avançada, situando-se a média de idade deste estudo nos 73 anos. E apesar de a idade avançada estar relacionada com adversidades inerentes ao declínio físico e cognitivo, isso não se revelou de realce para a existência de níveis de *distress* elevados, já que apresentaram níveis moderados do impacto psicológico ao nível do *distress*.

Os resultados das correlações existentes entre os níveis de *coping* resiliente e os níveis de *distress* psicológico foram ao encontro do esperado pela literatura existente. Assim sendo, os resultados revelam que, quanto maior for o *coping* resiliente menor é o *distress* dos indivíduos. Este resultado vem corroborar Sinclair & Wallston (2004), que afirma que o *coping* resiliente possui a capacidade de promover uma adaptação positiva diminuindo assim os níveis de *stress*, assim como outros estudos, tais como o de Hildon et al. (2009), que verificou com uma população de idade avançada que a resiliência proporciona a diminuição dos níveis de *stress*.

Os resultados das correlações existentes entre os níveis *distress* psicológico e ambas subescalas que medem os dois componentes do *mindfulness*, a consciência e a aceitação revelam que quando o indivíduo tem um nível superior de aceitação e consciencialização, menor é o seu nível de *distress*. Este resultado vai de encontro à literatura, nomeadamente, ao estudo transversal com idosos saudáveis, em que os resultados sugerem que *mindfulness* é uma ferramenta poderosa e uma estratégia adaptativa que pode proteger adultos de meia idade e idosos dos efeitos danosos do *stress* (de Frias & Whyne, 2015).

Como qualquer estudo desta natureza existiram alguns aspetos limitadores, nomeadamente a dificuldade de trabalhar com este tipo de população devido à complexidade dos diagnósticos, às suas limitações físicas e por vezes cognitivas, ao contexto institucional e ambiente de internamento a que as mesmas estão sujeitas, fatores que complexificaram a recolha, resultando daí um *n* que não é muito extenso. Outra dificuldade foi não ter sido

encontrado na literatura, estudos abrangentes com indivíduos internados em Unidades de Cuidados Continuados, para uma alicerçada fomentação da investigação.

Relativamente às implicações face à prática clínica, este estudo permite a reflexão sobre as particularidades dos indivíduos internados nas Unidades de Cuidados Continuados e da necessidade de uma avaliação contínua das variáveis estudadas, de modo a obter um melhor acompanhamento psicológico e daí advir uma intervenção eficaz por parte quer do Psicólogo, quer da equipa multidisciplinar que acompanha o indivíduo internado. Verificou-se a importância que resiliência pode ter no bem-estar dos indivíduos devido à sua correlação com *stress*, sendo que a mesma deverá ser trabalhada em contexto terapêutico. É pertinente na literatura mais atual, a importância da integração do *mindfulness* nas intervenções psicológicas em idade avançada, que pode ser usada numa perspetiva curativa (e.g., intervenção com pessoas com depressão), mas também e sobretudo, numa perspetiva preventiva e educativa. Dando recursos, desenvolvendo aptidões e permitindo à pessoa aprender uma nova forma de estar na vida: mais aceite, mais consciente, mais libertadora. Já que, a prática de *mindfulness* está relacionada com diversos parâmetros de bem-estar, bem como com o desenvolvimento da capacidade de lidar com a dor, a adversidade e o *stress*.

Estando as Unidades de Cuidados Continuados vocacionadas para promover a reabilitação tanto física como psicológica dos indivíduos internados, de modo a promover o mais possível a sua independência; torna-se premente a necessidade de desenvolver estratégias promotoras da saúde e bem-estar dos indivíduos em contexto de cuidados continuados. Essas estratégias deveram possibilitar a melhor adaptação do indivíduo ao internamento, de forma a tornar a sua estadia na unidade mais confortável e proveitosa possível, e a capacitar o indivíduo para o retorno ao seu dia-a-dia após a sua alta.

Para investigações futuras, foi levantada assim a curiosidade de realizar estudos com as mesmas variáveis, mas com um maior número de participantes para uma melhor caracterização. Outra sugestão são estudos de forma longitudinal, para a melhor compreensão da influência do *mindfulness* em populações internadas em Unidades de Cuidados Continuados.

Em síntese final, poderemos dizer que foi muito gratificante a realização deste trabalho de investigação, não só porque os resultados obtidos deste estudo vieram dar respostas aos nossos objetivos, bem como pelo contributo inovador para o conhecimento na área, sendo uma mais-valia para a caracterização e compreensão das estratégias utilizadas para lidar com



situações vivenciadas pelos indivíduos internados em unidades de cuidados continuados. É realçada ainda a necessidade de se intervir precocemente ao nível da educação e promoção da saúde mental do indivíduo numa perspetiva de *life span* (desenvolvimento coextensivo à duração de vida).

## Referências bibliográficas

- American Psychological Association (APA) (2011). *The Road to Resilience*. Disponível em: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Andrews, G., & Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(6), 494-497. doi:10.1111/j.1467-842X.2001.tb00310.x
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-436.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: a Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- de Frias, C. M., & Whyne, E. (2015). Stress on health-related quality of life in older adults: The protective nature of mindfulness. *Aging & Mental Health*, 19(3), 201-206. doi:10.1080/13607863.2014.924090
- Djukanovic, I., Sorjonen, K., and Peterson, U. (2015). Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older people in Sweden. *Aging Mental Health* 19, 560- 568. doi:10.1080/13607863.2014.962001
- Dimidjian, S., & Linehan, M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of Mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10, 166-171. doi:10.1093/clipsy.bpg019
- Folkman, S. (1984). Personal control, stress, and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239. doi:10.2307/2136617
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226.
- Fry, P.S. & Debats, D. L. (2010). Sources of human life-strengths, resilience, and health, in P.S. Fry and C. L. M. Keyes (Eds) *New Frontiers in Resilient Aging: Life-Strengths and Well-Being in Late Life*, (pp.15-59), Cambridge: Cambridge University Press.
- Fry, P. & Keyes, C. L. M. (2010). Introduction, in *New Frontiers in Resilient Aging: Life-Strengths and Well-Being in Late Life*, P. S. Fry and C. L. M. Keyes (Eds) *New Frontiers in Resilient Aging: Life-Strengths and Well-Being in Late Life* (pp.1–14).Cambridge: Cambridge University Press.
- Gerino, E., Rollè, L., Sechi, C., & Brustia, P. (2017). Loneliness, resilience, mental health, and quality of life in old age: A structural equation model. *Frontiers in psychology*, 8, 2003. doi:10.3389/fpsyg.2017.02003
- Gloria, C. T., & Steinhardt, M. A. (2016). Relationships among positive emotions, coping, resilience and mental health. *Stress and Health*, 32(2), 145-156. doi:10.1002/smi.2589
- Greenglass, E. R. (2002). Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges* (pp. 37-62). London: Oxford University Press.
- Hayes, S., & Wilson, K. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 161–165. doi:10.1093/clipsy.bpg018
- Hildon, Z., Montgomery, S. M., Blane, D., Wiggins, R. D., and Netuveli, G. (2009). Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is “right” about the way we age? *Gerontologist* 50, 36–47. doi: 10.1093/geront/gnp067
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.

- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12, 281-306. doi:10.1080/14639947.2011.564844
- Kempen, G. I. J. M., van Heuvelen, M. J. G., van Sonderen, E., van den Brink, R. H. S., Kooijman, A. C., & Ormel, J. (1999). The relationship of functional limitations to disability and the moderating effects of psychosocial attributes in community-dwelling older persons. *Social Science & Medicine*, 48, 1161-1172. doi:10.1016/S0277-9536(98)00427-4
- Kok, B. E., Catalino, L. I., & Fredrickson, B. L. (2008). The broadening, building, buffering effects of positive emotions. In S. J. Lopez (Ed.), *Positive psychology: Exploring the best of people* (Vol. 3, pp. 1–19). Westport, CT: Greenwood Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., and Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing* 37, 266–272. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.02.014
- Moynihan, J. A., Chapman, B. P., Klorman, R., Krasner, M. S., Duberstein, P. R., Brown, K. W., & Talbot, N. L. (2013). Mindfulness-based stress reduction for older adults: Effects on executive function, frontal alpha asymmetry and Immune function. *Neuropsychobiology*, 68, 34-43. doi:10.1159/000350949
- O'Dwyer, S., Moyle, W., and van Wyk, S. (2013). Suicidal ideation and resilience in family carers of people with dementia: a pilot qualitative study. *Aging & Mental Health* 17, 753–760. doi:10.1080/13607863.2013.789001
- Ormel, J., Kempen, G. I. J. M., Penninx, B. W. J. H., Brilman, E. I., Beekman, A. T. F., & Van Sonderen, E. (1997). Chronic medical conditions and mental health in older people: Disability and psychosocial resources mediate specific mental health effects. *Psychological Medicine*, 27, 1065-1077.
- Parker, J. D. A., Endler, N. S., & Bagby, M. (1993). If it changes, it might be unstable: Examining the factor structure of the Ways of Coping Questionnaire. *Psychological Assessment*, 5, 361-368.

- Pereira, A., Oliveira, C.A., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (2017). Reliability and Factor Structure of the 10-item Kessler Psychological Distress (K10) among Portuguese adults. *Ciência e Saúde Coletiva*. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/confiabilidade-e-estrutura-fatorial-da-escala-de-distress-psicologico-de-kessler-de-10-itens-k10-entre-adultos-portugueses/16237?id=16237&id=16237>
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). (n.d.). Segurança Social. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>.
- Ribeiro, J. L., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, saúde & doenças*, 11(1), 5-13. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862010000100001&lng=pt&tlng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000100001&lng=pt&tlng=en)
- Sachs-Ericsson, N., Kendall-Tackett, K. A., Sheffler, J., Arce, D., Rushing, N. C., and Cosentino, E. (2014). The influence of prior rape on the psychological and physical health functioning of older adults. *Aging Mental Health* 18, 717–730. doi: 10.1080/13607863.2014.884538
- Schwarzer, R., & Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges* (pp. 19-35). London: Oxford University Press.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101. doi:10.1177/1073191103258144
- Smith, J. L., and Hollinger-Smith, L. (2015). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 19, 192–200. doi:10.1080/13607863.2014.986647
- Smith-Osborne, A., and Felderhoff, B. (2016). Formal and family caregiver protective factors in systems of care: a systematic review with implications toward a resilience model for aging veterans. *Traumatology* 22, 29–39. doi:10.1037/trm0000056

- Stephens, C., Breheny, M., and Mansvelt, J. (2015). Healthy ageing from the perspective of older people: a capability approach to resilience. *Psychology & Health* 30, 715–731. doi:10.1080/08870446.2014.904862
- Teixeira, R. J., Ferreira, G., & Pereira, M. G. (2017). Portuguese validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised and the Philadelphia Mindfulness Scale. *Mindfulness & Compassion*, 2(1), 3-8.
- Wild, K., Wiles, J. L., and Allen, R. E. S. (2013). Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology. *Ageing & Society* 33, 137–158. doi:10.1017/S0144686X11001073
- Williams, J. M., & Kabat-Zin, J. (2013). *Mindfulness: Diverse perspectives on its meaning, origins and applications*. London: Routledge.
- Zea, M. C., & Tyler, F. B. (1996). Reliability, ethnic comparability and validity evidence for a condensed measure of proactive coping. The BAPC-C. *Educational & Psychological Measurement*, 56, 330-343. doi:10.1177/0013164496056002014

## **Anexos**

### **Anexo 1. Consentimento Informado**

#### **Consentimento Informado**

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica lecionado na Universidade de Aveiro, em colaboração com a Unidade de Cuidados Continuados de Ílhavo, Nadia Figueiredo, estagiária de Psicologia e aluna do mestrado, está a realizar um estudo sobre distress psicológico e estratégias de coping.

#### **Objetivo da investigação**

Nesta investigação pretende-se estudar o distress psicológico e estratégias de coping existentes em utentes internados em Unidades de Cuidados Continuados, para o enriquecimento da investigação e que possam ser um contributo para intervenções futuras na área da saúde mental, de acordo com o Programa Nacional para a Saúde Mental.

#### **Procedimentos**

A presente investigação compreende a participação de vários utentes em Unidades de Cuidados Continuados que aceitem participar no estudo.

O participante apenas tem que responder a alguns questionários com a ajuda do investigador. Os dados são anónimos e confidenciais.

#### **Duração da participação**

Aproximadamente 30 minutos.

#### **Riscos para o participante**

O estudo não apresenta qualquer risco para o participante.

#### **Benefícios para o participante**

A sua participação contribuirá para aumentar os conhecimentos relativamente ao distress psicológico e estratégias de coping e servirá de suporte para futuras intervenções que visem aumentar a qualidade de vida nos utentes deste tipo de unidades.

### **Custos para o participante**

Não existe qualquer custo pela sua participação neste estudo.

### **Confidencialidade**

A informação fornecida ou quaisquer dados recolhidos serão mantidos em confidencialidade e não serão associados a qualquer informação pessoal do participante. Serão apenas utilizados para efeitos da presente investigação.

### **Natureza voluntária da participação**

A participação nesta investigação é voluntária. Mesmo concordando em participar, poderá abandonar a investigação a qualquer momento, sem qualquer penalização, devendo para o efeito comunicá-lo ao investigador.

### **Informação de contacto**

Caso tenha alguma questão quanto a esta experiência deverá contactar a investigadora responsável pela mesma, Nadia Figueiredo, através do e-mail [figueiredonadia@ua.pt](mailto:figueiredonadia@ua.pt).

FOI-ME DADA A OPORTUNIDADE DE LEITURA DESTE CONSENTIMENTO INFORMADO E FOI-ME EXPLICADO O PROCEDIMENTO DA INVESTIGAÇÃO. FOI-ME DADA PERMISSÃO PARA COLOCAR QUESTÕES ACERCA DA INVESTIGAÇÃO E ESSAS QUESTÕES FORAM-ME EXPLICADAS. ESTOU PREPARADO/A PARA PARTICIPAR NO PROJETO ACIMA DESCRITO.

\_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

O investigador

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## Anexo 2. Questionário Sociodemográfico

### Questionário Sociodemográfico

Tipologia de internamento:

Média Duração ☐

Longa Duração ☐

Data admissão:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de nascimento:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:

Feminino: ☐

Masculino: ☐

Escolaridade:

Sem escolaridade: ☐

Ensino Secundário: ☐

Ensino Primário: ☐

Ensino Tecnológico ou Superior: ☐

1º e 2º ciclo: ☐

Estado Civil:

Solteiro/a: ☐

Casado(a)/União de facto: ☐

Separado(a)/Divorciado(a): ☐

Viúvo(a): ☐

Crença religiosa:

Ateu: ☐

Judeu: ☐

Agnóstico: ☐

Budista: ☐

Cristão: ☐

Hinduísta: ☐

Católico: ☐

Ortodoxo: ☐

Outro: ☐

Protestante: ☐

Recorre à espiritualidade como ajuda para lidar com a situação atual:

Sim: ☐

Por vezes: ☐

Não: ☐

### Anexo 3. EBCR

#### Escala Breve de Coping Resiliente

(Pais Ribeiro & Moraes, 2010)

Por favor, selecione a opção que mais se adequa a si, fazendo um círculo na opção que pretende escolher, sendo:

- 1- Quase nunca**
- 2- Ocasionalmente**
- 3- Muitas vezes**
- 4- Com muita frequência**
- 5- Quase sempre**

	1	2	3	4	5
Procuró formas criativas de superar situações difíceis					
Independentemente do que me possa acontecer, acredito que posso controlar as minhas reações					
Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis					
Procuró ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida					

### Anexo 3. K10

#### *Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10)*

*Kessler, Barker et al., 2003, versão Portuguesa: Pereira et al. 2017*

Não existem respostas certas ou erradas. Responda de acordo como se sentiu durante os últimos 30 dias.  
Para cada afirmação escolha uma das seguintes alternativas:

	<i>Nenhum dia</i>	<i>Poucos dias</i>	<i>Alguns dias</i>	<i>A maior parte dos dias</i>	<i>Todos os dias</i>
1. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu cansado sem nenhuma razão aparente	1	2	3	4	5
2. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu nervoso?	1	2	3	4	5
3. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu nervoso ao ponto de nada o conseguir acalmar?	1	2	3	4	5
4. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu sem esperança	1	2	3	4	5
5. Durante os últimos 30 dias com que frequência se sentiu irrequieto ou agitado?	1	2	3	4	5
6. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu irrequieto ao ponto de não conseguir parar quieto?	1	2	3	4	5
7. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu deprimido?	1	2	3	4	5
8. Durante os últimos 30 dias, com que frequência sentiu que tudo era um esforço?	1	2	3	4	5
9. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu tão triste que nada o conseguiu animar?	1	2	3	4	5
10. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu inútil?	1	2	3	4	5

### Anexo 3. PHLMS

<p align="center"><b>Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS)</b>  Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, &amp; Farrow (2008)  Versão de Investigação de R.J Teixeira &amp; M.G. Pereira  Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi) - Universidade do Minho, 2009</p>
---

**Instruções:** Por favor coloque uma cruz (X) do número que corresponde à frequência com que vivenciou cada uma das afirmações seguintes na **passada semana**.

	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Muitas Vezes	5 Quase Sempre
1. Estou consciente dos pensamentos que me passam na mente.					
2. Tento distrair-me quando sinto emoções desagradáveis.					
3. Quando falo com outras pessoas, estou consciente das suas expressões faciais e emocionais.					
4. Há aspectos sobre mim que prefiro não pensar.					
5. Quando tomo banho de chuveiro, tenho consciência de como a água vai correndo pelo meu corpo.					
6. Tento estar ocupado para desviar a minha mente de pensamentos e sentimentos.					
7. Quando estou sobressaltado, reparo nas reações interiores do meu corpo.					
8. Quem me dera poder controlar as minhas emoções mais facilmente.					
9. Quando caminho ao ar livre, estou consciente dos cheiros ou do movimento do ar na minha cara.					
10. Eu digo a mim mesmo que não devia ter certos pensamentos.					
11. Quando alguém me pergunta como me sinto, consigo identificar facilmente as minhas emoções.					
12. Há coisas em que tento não pensar.					
13. Tenho consciência dos pensamentos que estou a ter quando o meu humor muda.					
14. Digo a mim mesmo que não devia sentir-me triste.					
15. Reparo nas mudanças no interior do meu corpo, como o meu coração a					

bater mais rápido ou os meus músculos a ficarem tensos.					
16. Se existe algo em que não quero pensar, tento várias coisas para retirar isso da minha mente.					
17. Quando as minhas emoções mudam, tenho consciência delas imediatamente.					
18. Tento não pensar nos meus problemas.					
19. Quando converso com outras pessoas, estou consciente das emoções que estou a sentir.					
20. Quando tenho uma má recordação, tento distrair-me para ela desaparecer.					